DISSERTATION

N° 62.

SUR

LES HÉMORRHAGIES UTÉRINES

QUI SURVIENNENT PENDANT L'ACCOUCHEMENT ET APRÈS;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 3 avril 1832, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR P.-E. PERROCHET, de Neuchatel,

(Suisse);

Bachelier ès-lettres; ancien Élève interne des hôpitaux d'Amiens, et Élève des hôpitaux de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX, *Examinateur.*
Hygiène	DES GENETTES, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* JULES CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL, *Suppléant.* ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. FOUQUIER. BOUILLAUD. CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. DUBOIS, *Président.* DUPUYTREN. ROUX.
Clinique d'accouchemens	

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque, *Examinateur.*	Gerdy.
Bayle.	Gibert.
Blandin.	Hatin, *Suppléant.*
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dance.	Sandras.
Devergie.	Trousseau.
Dubled.	Velpeau, *Examinateur.*
Dubois.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON ONCLE

FATTON;

Pour moi père aussi bon que généreux.

A LA MEILLEURE

DES MÈRES.

A MON COUSIN

ALEXANDRE FATTON.

Reconnaissance et amitié.

P.-E. PERROCHET.

DISSERTATION

SUR

LES HÉMORRHAGIES UTÉRINES

QUI SURVIENNENT PENDANT L'ACCOUCHEMENT ET APRÈS.

Des pertes utérines.

Il est assez difficile de dire, d'une manière bien précise, ce que l'on entend par *perte utérine*, *hémorrhagie utérine ;* les définitions des auteurs sont nombreuses et diverses : dans la rigueur de l'expression, on devrait reconnaître sous cette dénomination tout écoulement de sang qui se fait dans l'intérieur, ou qui se montre au-dehors des organes générateurs de la femme. Aussitôt que le sang est sorti des vaisseaux destinés à le contenir, il y a hémorrhagie; cependant on ne peut accorder ce nom à certains écoulemens sanguins, comme les menstrues, les lochies, etc., écoulemens naturels qui ne sortent point de l'état normal de l'économie.

Il devient donc nécessaire, pour donner une bonne définition, d'é-

tablir une distinction sur la nature de ces écoulemens. Les uns dépendent des lois qui président à l'organisme ; ce sont des moyens que la nature emploie pour entretenir l'équilibre dans les fonctions : ce sont les hémorrhagies critiques, les hémorrhagies menstruelles ; les autres, au contraire, tendent à rompre cet équilibre ; ils entrent alors dans le domaine de la pathologie : ce sont les hémorrhagies utérines, et plus spécialement les pertes utérines.

Donc deux classes d'hémorrhagies :

1°. *Hémorrhagies physiologiques*, 2°. *hémorrhagies pathologiques.*

Dans cet essai, je ne m'occuperai que des pertes utérines pathologiques qui ont lieu pendant l'accouchement et après.

Pendant le travail, on donne généralement le nom de *perte* à tout écoulement de sang dans l'intérieur ou au dehors des organes générateurs de la femme, avant et après la délivrance ; on indique aussi sous ce nom toute effusion sanguine, lorsqu'elle dépasse certaines limites, de manière à influer notablement sur la santé de la femme.

Division. Si le sang fourni par les vaisseaux de l'utérus s'échappe au dehors, la perte est dite *externe* ou *apparente ;* mais si, par une cause quelconque, il est retenu dans la cavité de la matrice, et s'y accumule en assez grande quantité pour menacer les jours de la femme, la perte est *interne, latente* ou *cachée.*

Avant d'exposer les causes des pertes utérines, je crois devoir rappeler en peu de mots l'état de l'utérus avant la conception, puis les changemens qu'il éprouve pendant la grossesse, attendu qu'ils influent d'une manière notable sur la gravité et la fréquence des hémorrhagies utérines, influence dont la connaissance devient nécessaire, non-seulement pour avoir une idée du mécanisme des causes, mais encore pour en déduire des indications thérapeutiques spéciales.

La matrice, dans l'état de vacuité, est un organe creux, ovoïde, aplati de devant en arrière, situé dans le petit bassin, qu'il n'occupe qu'en partie, et formé d'un tissu blanchâtre, ferme, élastique, sur la

nature duquel on ne paraît pas encore d'accord ; tout ce qu'on sait de certain, c'est que pendant le travail il se comporte comme le muscle le plus fort et le plus robuste. Ce tissu reçoit, comme la plupart de ceux de l'économie, des vaisseaux de tous les genres et des nerfs. Ses propriétés vitales sont la sensibilité organique et la contractilité insensible. Au moment de la conception, tout change dans la vie de cet organe, toutes ses propriétés acquièrent plus d'activité. La matrice commence par s'arrondir en tous sens; bientôt après elle s'allonge plus qu'elle ne s'élargit; puis, vers le terme de la grossesse, elle s'arrondit de nouveau. C'est aux dépens du corps que l'augmentation de volume s'opère jusqu'au septième mois; à dater de cette époque seulement, le col prête à la dilatation. A mesure que la grossesse avance, le tissu de la matrice devient plus mou, plus spongieux; il se dessine, devient plus rouge, acquiert de plus en plus les caractères du tissu musculaire; ses fibres se prononcent, leur arrangement est moins difficile à démêler. L'irritation produite par la présence de l'embryon y attire un afflux de liquides; tous ses vaisseaux se gorgent, se dilatent, se déplissent, s'allongent, s'élargissent, et parcourent le tissu charnu de la matrice dans toutes les directions. Les veines surtout acquièrent un volume considérable, se transforment en larges sinus, qui pourraient recevoir l'extrémité du petit doigt; ses vaisseaux lymphatiques et ses nerfs deviennent aussi plus évidens.

Ces changemens sont accompagnés d'une activité remarquable dans les propriétés dont la matrice jouissait avant la conception, de l'apparition d'une nouvelle propriété, *la contractilité organique sensible*, et du développement bien marqué de la *sensibilité animale*, qui s'y trouvait à un faible degré.

La contractilité organique sensible éclot par le fait même de la grossesse : elle a pour caractères principaux d'être le plus souvent douloureuse, d'apparaître tout à coup, et de cesser spontanément au bout d'un temps variable, de reparaître plus ou moins fréquemment et de disparaître sans retour après la délivrance. Elle peut s'exercer

dans toute son énergie pendant un état d'ivresse qui détermine une mort apparente, ou pendant une apoplexie. M. *Deneux* rapporte qu'une femme fut apportée à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, dans un état comateux produit par des liqueurs alcoholiques prises au début du travail; elle accoucha naturellement dans cet état. A son réveil, elle se félicita d'avoir fait une si belle découverte, et se promit d'en profiter à l'occasion. Cette propriété est indispensable à l'accouchement; son énergie influe sur la rapidité avec laquelle cette fonction s'opère; sa faiblesse dispose à l'inertie de la matrice : de là des conséquences pratiques importantes.

La sensibilité animale est rendue manifeste par les mouvemens de l'enfant. Chez certaines femmes, c'est une douleur; chez d'autres, c'est une sensation agréable; mais elle devient toujours douleur au moment de l'accouchement.

Immédiatement après la fécondation, il s'organise à la surface interne de l'utérus une membrane qui y adhère de toutes parts, et connue sous le nom de *membrane caduque* (*épichorion* de Chaussier). L'œuf, pressé par la contraction de la trompe, pénètre dans la matrice, en refoulant devant lui cette membrane, laissant ainsi un espace où devra se développer le placenta, autour duquel cette membrane acquiert, durant la grossesse, des adhérences beaucoup plus fortes qu'ailleurs. Des filamens d'abord, puis des vaisseaux nombreux, et de plus en plus volumineux, se développent à la surface du chorion, et s'agglomèrent pour former le placenta. Une exsudation albumineuse s'organise, forme une membrane très-mince, qui réunit les cotylédons du parenchyme vasculaire, et contribue à les faire adhérer à la matrice. Mais bientôt il vient s'ajouter d'autres moyens d'union; des artères et des veines nommées *utéro-placentales* se prolongent de l'utérus au placenta, et de celui-ci à l'utérus. On a nié l'existence de ces vaisseaux de communication, mais des expériences authentiques et des observations exactes la mettent hors de doute.

M. *Dubois* a injecté par l'artère crurale d'un côté, et la veine crurale de l'autre, ces vaisseaux de communication sur une femme morte

à sept mois et demi de grossesse. Les expériences d'*Albinus* viennent encore à l'appui : *In illâ parte uteri gravidæ, cui placenta adjuncta, exhibui arterias tortuosas non ramosas, quæ in superficie sub tenui membranâ, inflatis majoribus, apparuerunt. Abcesserat autem placenta ab utero, eoque videbantur abruptæ esse. Leniterque ubi se inserebant placenta circumcirca detracta, in eam manifestè pertinebant. Et sanguine ad eam usque plenæ erant. Aliæ vacuæ, inquas tamen premendo arterias majores, sanguinem facilè propellebam in placentam usque.*

Plus récemment encore, M. *A.-C. Baudelocque* eut occasion de voir lui-même ces vaisseaux sur une femme injectée pour les dissections de l'École Pratique, et chez laquelle on ne soupçonnait pas la présence d'un fœtus dans la matrice. « Il nous fut facile, dit-il, d'apercevoir des vaisseaux, dont plusieurs avaient le volume d'une plume de corbeau, remplis de la matière de l'injection, se prolongeant de la matrice dans le placenta... Quelques-uns de ces vaisseaux se dirigeaient obliquement, et avaient cinq à six lignes de longueur. »

De semblables autorités doivent lever toute espèce de doute. Il résulte donc des faits ci-dessus qu'au moment du travail on doit se représenter le placenta uni à l'utérus par des vaisseaux plus ou moins volumineux ; qu'en outre, il existe toujours entre cet organe et l'épichorion, entre celui-ci et le chorion, des filamens celluleux et des vaisseaux sanguins en petit nombre.

Causes. Elles sont nombreuses et variée ; leur mode d'action est souvent différent pour produire le même effet ; aussi devient-il difficile de les exposer avec ordre. La meilleure division me paraît celle émise par M. *A.-C. Baudelocque*, dans son ouvrage sur les pertes internes. Il les range toutes sous deux ordres principaux : 1°. toutes les causes, en général, qui déterminent la sortie du sang des vaisseaux ; 2°. celles qui n'ont d'autre effet que de retenir ce fluide dans la matrice, qui rendent l'hémorrhagie interne.

A. Parmi celles du premier ordre, on trouve : une constitution ro-

buste, sanguine, une disposition aux autres hémorrhagies; l'habitude des excitans, du café, des liqueurs alcoholiques; les emménagogues, surtout ceux donnés dans une intention criminelle; un excès de joie, les passions concentrées, la frayeur, en un mot, toute émotion morale vive; la trop grande chaleur dans le lieu où se trouve la femme en travail; les maladies chroniques des organes de la conception, des adhérences contre-nature des ovaires, des trompes, des attaches de l'utérus; des dégénérescences, des squirrhosités, etc.; un excès de sensibilité de l'utérus, soit constitutionnel, soit acquis par l'abus des plaisirs de l'amour, soit par l'onanisme. L'on a regardé assez généralement l'usage des chaufferettes comme cause prédisposance; l'âge et le nombre des parturitions peuvent aussi devenir causes prédisposantes : ainsi une femme jeune et primipare sera moins exposée aux pertes après l'accouchement qu'une autre qui aura déjà eu beaucoup d'accouchemens, surtout laborieux, ou qui sera dans un âge où l'énergie musculaire a perdu de sa force et de son activité; à plus forte raison, une femme qui aura déjà eu des pertes y sera-t-elle plus exposée qu'une autre. J'ai dit cependant que la constitution pléthorique prédisposait aux pertes, et c'est dans la jeunesse que cette constitution domine; mais dans cette époque de la vie, si d'un côté il peut y avoir pléthore, ce qui n'arrive pas toujours, de l'autre la fibre organique est presque constamment douée d'une tonicité, d'une élasticité qui la rend propre à réagir contre la tendance à l'engorgement. D'autres causes sont plutôt déterminantes que prédisposantes : ce sont tous les accidens qui peuvent occasioner la mort du fœtus, ou imprimer une secousse violente à la matrice, ou troubler les fonctions chez la femme; des coups sur l'abdomen, des secousses imprimées à tout le corps, les passions vives, la frayeur, la colère, la toux, les efforts du vomissement, etc.; la concomitance d'une maladie aiguë avec l'accouchement, surtout celles de la matrice et de ses dépendances. Enfin presque toutes les maladies ont été rangées parmi les causes occasionelles des hémorrhagies utérines; mais l'expérience a prouvé que la plupart de ces causes resteraient impuissantes

s'il n'y avait une prédisposition antérieure, une tendance à l'engorgement ; toutefois il en est quelques-unes qui ont toujours leur effet, ce sont : l'implantation du placenta sur le col utérin, le décollement prématuré de cet organe dans un accouchement laborieux ; la rupture du cordon ombilical, qu'il soit trop court ou non, malade ou dans son état normal ; une déchirure de la matrice, de son col ou du vagin, pendant les manœuvres d'un accouchement contre-nature.

La plupart des causes énumérées ci-dessus donnent lieu à des pertes auxquelles *Desormeaux* donne le nom d'*actives ;* mais il en est d'autres qui, par leur manière d'agir opposée, déterminent des métrorrhagies passives ; elles surviennent chez les femmes d'une constitution molle, lymphatique, qui sont dans un état de cachexie ; elles n'ont pas assez de force pour aider le travail ; elles languissent en faibles efforts, qui épuisent la matrice et la font tomber dans une inertie périlleuse. La pusillanimité propre à cet constitution fait qu'à l'approche de chaque douleur, au lieu d'aider l'effort de la matrice par une contraction générale des muscles environnans, elles perdent courage, et abandonnent pour ainsi dire cette organe à lui-même ; au lieu de faire valoir leurs douleurs, elles les redoutent, les compriment, et privent ainsi l'utérus d'un aide dont il avait d'autant plus besoin que sa fibre, déjà molle naturellement, manque d'énergie contractile. L'inertie est la cause la plus fâcheuse des pertes utérines ; elle peut faire périr la femme en peu d'instans. Un régime débilitant trop longtemps continué dispose à cet état de mollesse générale ; des maladies longues, des évacuations abondantes, des eaux minérales chaudes, des accouchemens, des avortemens répétés, l'usage excessif des injections aqueuses tièdes, des bains chauds, diminuent aussi la tonicité de l'utérus.

B. Les causes qui ont pour effet de rendre la perte interne sont : l'adhérence des bords du placenta pendant que son centre est décollé, son décollement partiel ; le resserrement spasmodique du col de l'utérus ; l'occlusion de la vulve par un corps quelconque, de l'orifice

de la matrice par la tête de l'enfant, par la présence du placenta détaché ; son engagement dans cet orifice, ou celui d'un caillot ou d'un reste de membrane ; la compression peu méthodique du bas ventre ; avant et après la délivrance, ce sont encore les mêmes ; l'introduction d'un linge dans la vulve sans avoir la précaution de remédier à l'inertie de l'utérus par des frictions ; enfin l'obliquité de la matrice, surtout l'obliquité antérieure ; le fond de l'organe dirigé en avant pendant que son col, tourné en arrière, appuie sur la paroi postérieure du vagin, de manière à en être complètement bouché.

Mécanisme. Il existe aujourd'hui deux opinions sur le mécanisme des hémorrhagies utérines. Dans la première, la plus ancienne, la plus généralement adoptée, le sang s'échappe, au moment où le placenta se décolle, par des ouvertures plus ou moins larges, par les sinus utérins béans, ou par les vaisseaux de communication déchirés. Dans la seconde, au contraire, le sang sortirait tout simplement par des porosités, et l'hémorrhagie utérine serait en tout semblable à celles qui se font sur les surfaces muqueuses des autres organes ; ce serait une simple exhalation à la surface de la muqueuse utérine : dans cette hypothèse, les vaisseaux utéro-placentaires n'existent pas, le *molimen hæmorrhagicum* n'a d'autre effet que de faire transsuder le sang par des pores. Ces deux opinions, comme on le voit, sont diamétralement opposées ; toutes deux ont cependant trouvé des défenseurs : cela tient à ce que chacune peut expliquer certains écoulemens sanguins ; toutefois la dernière, nouvelle, n'est encore reconnue que par un petit nombre, et est inadmissible dans la plupart des cas de pertes utérines. En effet, comment, par l'exhalation, se rendre compte de ces pertes foudroyantes qui compromettent en quelques instans les jours de la femme ? M. *Deneux* rapporte qu'une femme, sujette à des pertes effrayantes après tous ses accouchemens, arriva heureusement au terme de sa treizième grossesse ; elle accoucha naturellement, mais elle perdit plus de dix palettes de sang dans l'espace de quelques minutes que la délivrance mit à s'opérer ; et, après avoir ar-

rêté l'hémorrhagie externe par des topiques astringens, il reconnut de nouveau une perte interne au volume extrême de la matrice : il en retira grand nombre de caillots. Comment, en si peu de temps, une exhalation sanguine pourrait-elle produire une quantité si considérable de sang ?

Une femme parvenue au commencement du neuvième mois de sa grossesse fit une chute sur les genoux ; à l'instant même elle eut des douleurs de reins continuelles et de fréquentes défaillances : l'accouchement se fit quelque temps après sans écoulement de sang. Le placenta suivit immédiatement l'enfant : sa surface était recouverte, dans les deux tiers de son étendue, par une croûte de sang noir assez épaisse et un caillot qui excédait le volume de l'arrière-faix. (*Baudelocque*, Journ. gén. de méd., tom. 3, pag. 21.)

La chute sur les genoux a produit à l'instant même le décollement du placenta et l'écoulement du sang, comme le prouvent les douleurs subites de reins et les défaillances. L'effet suivit immédiatement la cause ; le molimen n'a pas eu le temps d'engorger les vaisseaux, de produire un état fluxionnaire, et par suite un suintement par la surface placentale de l'utérus. Si l'état fluxionnaire existait avant, la quantité de sang qui suinterait par une surface aussi limitée que celle en rapport avec le placenta ne pourrait produire des syncopes en si peu de temps ; d'ailleurs le molimen, en accumulant le sang dans le système utéro-placentaire, le presse contre les parois de ces vaisseaux; il faut qu'il y ait un puissant effort latéral pour que ce fluide puisse passer à travers les pores. Pourquoi cette pression exercée contre des parois affaiblies par la distension ne pourrait-elle les rompre ? ne voit-on pas des coups, des chutes, des pressions trop fortes déterminer des hémorrhagies par rupture dans d'autres parties du corps où les vaisseaux ne se trouvaient pas dans des conditions aussi désavantageuses ? Lors même qu'on admettrait l'exhalation par analogie, toutes les hémorrhagies muqueuses, l'épistaxis, etc., n'ont pas toujours lieu par exhalation. Une personne fait une chute sur le nez ou reçoit un coup violent sur cette partie : le sang coule immédiatement en assez

grande quantité et par un filet continu, sans prodromes de congestion. Ne verrai-je dans cet écoulement qu'une exhalation sanguine? l'ébranlement produit par la violence extérieure n'est-il pas suffisant pour produire une rupture des capillaires qui rampent à la surface de la membrane pituitaire?

En résumé, la théorie de l'exhalation ne me paraît pas applicable dans tous les cas; elle explique les écoulemens sanguins de la matrice dans son état de vacuité, et l'hémorrhagie par congestion sur des surfaces muqueuses libres. Mais à la fin de la grossesse, la même chose ne peut avoir lieu; il faut qu'il y ait rupture; l'existence des vaisseaux de communication, prouvée par les faits cités plus haut, en est une preuve incontestable : ce sont des preuves anatomiques. Veut-on des preuves physiologiques sur cette communication, il suffit de lire les observations de *Solayres*, *Baudelocque*, et de M. *Chevreul*, sur les hémorrhagies par le cordon ombilical. *Solayres* eut occasion de voir le sang sortir par la veine ombilicale, en un jet tout aussi fort que celui fourni par une veine médiane bien apparente; il fut obligé de faire la ligature du cordon. *Baudelocque* a fait cette observation plusieurs fois : après avoir retiré deux ou trois palettes de sang par la veine ombilicale, il fit la ligature, et le sang s'arrêta; il enleva la ligature, et l'écoulement reparut. M. *Chevreul* s'exprime ainsi : « Quant à la perte qui peut avoir lieu par cette partie du cordon, hors les cas de jumeaux, je puis assurer l'avoir vue chez trois femmes..... J'avais coupé le cordon avec précipitation sans y faire aucune ligature, voulant saigner ces enfans par le cordon..... Le sang continua de couler par la partie placentale du cordon avec une abondance extrême; j'employai tous les moyens pour arrêter l'hémorrhagie, mais je fus obligé de faire la ligature. » (Précis de l'art des accouch., Paris, 1826, pag. 101.)

Ces observations, rapportées par des observateurs si célèbres, permettent de conclure que le plus souvent, si l'on ne veut pas toujours, le sang de la mère passe directement dans le placenta, et que pour cela il faut des vaisseaux de communication; si leur existence est

prouvée, on ne peut concevoir le décollement du placenta sans qu'il y ait rupture, s'il y a continuité dans toute leur étendue, ou séparation, s'ils s'emboitent à la manière des conduits d'un poêle, comme le pense *Leroux*. Au surplus, on peut se faire une idée d'une exhalation sur une surface libre par des vaisseaux qui viendraient y aboutir; mais comment la concevoir entre le placenta et la matrice, qui forment un tout continu; non-seulement il n'y a pas là de surface libre, mais des vaisseaux de communication pénètrent de part et d'autre.

Si l'on conçoit que la commotion occasionée par des coups, des chutes, des efforts de toux, puisse rompre les vaisseaux qui unissent le produit de la conception à l'utérus, il est d'autres causes, comme les affections morales vives, les grandes frayeurs, etc., qui n'agissent pas de la même manière : elles impriment à la circulation une rapidité à laquelle les vaisseaux utéro-placentaires peuvent bien ne pas résister. Ces secousses morales déterminent quelquefois des contractions utérines qui décollent le placenta, et, vers le terme de la grossesse, elles agissent plus directement sur le fœtus, lui occasionnent des mouvemens comme convulsifs, qui peuvent tirailler fortement le placenta, et le détacher si le cordon est trop court ou en circulaire autour du cou de l'enfant. Des manœuvres inconsidérées pendant le travail peuvent avoir le même effet. Lorsque le placenta s'est développé sur l'orifice utérin, l'hémorrhagie commence vers les derniers mois de la grossesse; à cette époque la dilatation des parois du col se fait avec plus de rapidité; le développement du placenta ne suit plus la même progression; sa surface utérine, tiraillée, se déchire, se décolle, et il en résulte un écoulement sanguin qui va toujours en augmentant. Les causes qui rendent la perte interne agissent en empêchant le retour entier de la matrice sur elle-même; le resserrement incomplet de l'organe laisse ouverts les orifices des vaisseaux de communication, et de là un écoulement de sang qui augmente en proportion de la dilatation de la matrice.

Diagnostic. Il est des symptômes qui annoncent l'apparition pro-

chaine de l'hémorrhagie, d'autres qui indiquent sa présence; les uns sont communs aux pertes internes et externes, les autres appartiennent spécialement aux internes. Quoique la métrorrhagie ne soit pas toujours annoncée par des signes précurseurs, le plus ordinairement elle est précédée d'un trouble plus ou moins marqué de quelque fonction de l'économie : ainsi, après un temps variable, il survient du malaise, de l'inquiétude dans les membres, des douleurs sourdes dans le bassin, des pesanteurs vers le rectum, de l'ardeur en urinant, une céphalalgie plus ou moins forte, puis de légers frissons, alternant quelquefois avec des bouffées de chaleur vers la tête; le pouls est tantôt vif et dur, tantôt petit, etc. ; la soif augmente quelquefois; enfin tout décèle un état d'excitation, une réaction fébrile. Cette pléthore générale est suivie d'une congestion utérine qui détermine l'écoulement du sang, et alors l'apparition des symptômes qui accompagnent la perte. Lorsque le sang s'est écoulé déjà en assez grande quantité, la femme s'affaiblit; son visage s'altère, il pâlit; elle a des éblouissemens, des étourdissemens; le pouls perd de sa force, de sa dureté, devient bientôt irrégulier, tremblotant; la peau se refroidit; il survient des douleurs de reins, des coliques, une douleur sourde vers le fond de la matrice, un sentiment de tension vers l'hypogastre, puis des bâillemens, des nausées; enfin des vomissemens, des syncopes, des convulsions peuvent se succéder jusqu'à la mort, si l'art ne vient au secours. L'écoulement d'un sang noir et très-coagulable, joint à ces symptômes, rend le diagnostic certain sur une hémorrhagie externe.

Cependant il s'en faut de beaucoup que ces phénomènes se succèdent toujours dans un ordre semblable et en si grand nombre; souvent la perte n'est annoncée que par quelques douleurs de reins, sans prodromes de congestion, et quelquefois il a été impossible de prévoir l'hémorrhagie.

Il a paru difficile à quelques auteurs de ne pas confondre une perte véritable avec une ménorrhagie; mais au moment du travail, cette méprise ne peut plus avoir lieu; et d'ailleurs, comme l'observe

fort bien *Desormeaux*, le moyen que l'on mettrait en usage dans une métrorrhagie légère ne pourrait nuire à la menstruation; il empêcherait que celle-ci ne devînt nuisible à la mère et à l'enfant par sa trop grande abondance. La perte par implantation du placenta sur le col utérin se reconnaît à des signes particuliers; elle commence ordinairement à se manifester vers le sixième ou septième mois de la grossesse, sans cause manifeste; elle est peu abondante, et cesse soit spontanément, soit par un traitement des plus simples. Plus tard elle se renouvelle à des époques variables; elle dure plus long-temps, est plus abondante, et se tarit plus difficilement; puis elle se reproduit ainsi en alternatives de durée, d'intensité et de repos, jusqu'au moment de l'accouchement. Pendant le travail, elle se distingue des autres pertes par un écoulement de sang plus abondant pendant les contractions utérines que dans leurs intervalles, tandis que le contraire a lieu dans les autres; le sang coule des vaisseaux du placenta et du col par le tiraillement du pourtour de l'orifice utérin pendant sa dilatation. Par le toucher, on trouve les lèvres de l'orifice plus gonflées, plus molles, et le doigt rencontre dans le centre de la dilatation un corps mollasse et spongieux, dont on exprime facilement le sang par la pression.

Si les symptômes qui accompagnent ordinairement les pertes se manifestent chez une femme en travail ou après l'accouchement, sans écoulement de sang au dehors, on doit craindre une perte interne; on s'empressera alors de palper la région hypogastrique, et si, au lieu de la dureté que présente à la main de l'accoucheur le globe utérin revenu sur lui-même, on découvre que cet organe est mollasse et distendu, que son volume s'accroît rapidement, que les douleurs, au lieu d'augmenter, s'affaiblissent, et que le sentiment d'une douleur sourde et fixe vers le fond de la matrice se joint à ces derniers signes, une perte utérine occulte est presque certaine. Au surplus, voici ce que l'on observe lorsqu'il y a perte interne : les douleurs pour accoucher deviennent de moins en moins violentes, et se renouvellent avec mollesse; leur marche est lente, elles s'éloignent à

mesure que le sang s'amasse; peu à peu la femme perd ses forces, s'affaiblit, puis il survient des évanouissemens, dans l'un desquels elle peut mourir. L'augmentation de volume et la tension du ventre viennent fortifier le diagnostic. *Levret* dit que le volume de la matrice augmente dans l'intervalle de chaque douleur. *Leroux* a pu reconnaître une fluctuation sourde; mais ce signe paraît difficile à constater. M. *A.-C. Baudelocque* pense qu'il ne peut être d'aucune valeur si les eaux ne sont pas écoulées, puisqu'il peut tenir à la présence du liquide contenu dans les membranes. L'augmentation de volume de la matrice, en même temps que par le toucher on peut se rendre compte de sa mollesse, et l'affaiblissement de la femme, sont des signes plus certains. Après la sortie du fœtus, la femme, qui se trouvait bien, se plaint tout à coup d'avoir mal au cœur; elle se sent affaiblie, ses yeux s'obscurcissent; elle accuse quelquefois le sentiment d'un billot qui s'étend du ventre vers la gorge (M. *A.-C. Baudelocque*). La main portée sur le ventre le trouve plus volumineux; elle ne rencontre plus à la hauteur ordinaire la boule formée par l'utérus revenu sur lui-même; il a plus de volume et moins de dureté. Le doigt, dans le vagin, rencontre l'orifice utérin obstrué, soit par un caillot, soit par le placenta, etc. Après la délivrance, on ne trouve d'autres phénomènes que ceux qui résultent de la perte de sang, de sa soustraction au torrent de la circulation; ils se bornent ordinairement à la faiblesse, aux syncopes; à cette époque l'utérus se laisse distendre si facilement, qu'il n'y a, pour ainsi dire, aucune douleur. Le gonflement du ventre, l'élévation du fond de la matrice appartiennent exclusivement aux pertes internes, comme l'écoulement du sang par la vulve caractérise l'hémorrhagie externe.

Prognostic. Le prognostic des hémorrhagies utérines est toujours assez grave : les dangers qu'elles entraînent pendant l'accouchement varient selon une foule de circonstances, selon la constitution de la femme, selon l'abondance de la perte, selon l'habileté du praticien qui se trouve auprès de la femme : ces dangers varient aussi par

rapport à la mère et à l'enfant. En général, que la perte soit externe ou interne, elle est d'autant plus dangereuse pour la mère qu'elle a lieu à une époque plus rapprochée de l'accouchement; pour le fœtus, au contraire, plus il est près du moment de sa naissance, plus on a de chances de le conserver. La perte externe est constamment moins redoutable que l'interne; la première se reconnaît facilement, et peut cesser d'elle-même et devenir son propre remède, en diminuant la pléthore par le sang qu'elle laisse sortir; la seconde, au contraire, peut être méconnue long-temps, et, outre que le danger est plus grand, par cela seul qu'il est ignoré, l'accumulation dans l'utérus augmente la dilatation de cet organe, et aggrave de plus en plus la perte. Ce n'est pas toujours la quantité de sang qui rend le danger plus pressant, mais bien l'état de l'économie en général. Il est des femmes fortes et robustes qui peuvent perdre une quantité énorme de sang sans en souffrir sensiblement, tandis que d'autres sont conduites au bord de la tombe par la soustraction d'une quantité beaucoup moins grande de ce fluide; c'est même une remarque importante pour la thérapeutique. Chez une femme bien constituée, que l'effusion sanguine semble soulager, on ne doit pas s'empresser d'agir, puisque la maladie tend à se guérir d'elle-même; mais chez celles qui sont faibles, qui souffrent beaucoup, il n'y a pas un instant à perdre. Le prognostic est toujours assez inquiétant quand la perte est produite par l'insertion du placenta sur le col utérin; cette hémorrhagie sera d'autant plus grave, qu'elle se manifestera à une époque plus éloignée de l'accouchement, à une époque où le col utérin encore dur et non dilaté s'opposera à toute manœuvre. Lorsque l'hémorrhagie sera due à l'inertie de la matrice, jointe à l'affaiblissement général, elle sera le plus ordinairement mortelle; le danger viendra de la difficulté de rétablir les forces de la malade et de réveiller l'énergie contractile de la matrice; c'est surtout après l'accouchement que cette perte devient funeste pour la mère; souvent elle devient interne pour la moindre cause, et permet au sang de s'écouler avec une rapidité étonnante. Enfin, le prognostic sera subordonné à la rapidité avec

laquelle le sang s'écoulera, à la quantité de ce fluide perdue, à la santé de la femme pendant la gestation. Le danger est, en général, plus grand s'il survient des convulsions, des syncopes : *Si fluxui muliebri convulsio et animi deliquium superveniat, malum.* (Hipp.)

Traitement. A l'époque de l'accouchement, les pertes utérines peuvent être modérées, et quelquefois arrêtées par la plupart des moyens généraux indiqués dans les auteurs pour cet effet ; ces moyens s'appliquent presque indistinctement dans tous les cas, mais il en est d'autres qui sont spéciaux, et ne peuvent être employés que dans des circonstances particulières.

Dans toute hémorrhagie, la première indication qui se présente est de faire disparaître les causes qui y ont donné lieu, et d'éloigner toutes les circonstances qui pourraient aider l'effusion du sang. On placera la femme en travail sur un lit dont les matelas seront plutôt de crin que d'une substance qui, soit par sa mollesse, soit par sa nature, pourrait entretenir une trop grande chaleur autour du bassin ; on choisira la position horizontale, le bassin un peu plus élevé que le reste du tronc. L'inspiration et le contact à la surface du corps d'un air frais auront l'avantage de modérer l'afflux du sang vers l'organe qui lui donne issue ; on choisira une chambre vaste, où l'on renouvellera fréquemment l'air dans les saisons chaudes. On pourra, comme le conseillent *Hippocrate* et *Moschion*, arroser la chambre, et y entretenir des branches d'arbre fraîches, que l'on humecte de temps en temps avec de l'eau. On aura grand soin, en même temps, d'éviter le refroidissement des extrémités en y maintenant une chaleur artificielle. La malade ne sera que médiocrement couverte, la chambre plutôt obscure que vivement éclairée ; il y règnera une grande tranquillité, toute excitation morale, tout mouvement ayant pour effet d'accélérer le cours du sang. Le calme de l'âme n'est pas moins nécessaire à la femme que le repos du corps, surtout lorsque la perte a été occasionée par des affections morales vives. Un régime sévère est indiqué toutes les fois que l'hémorrhagie est active ; les bois-

sons seront acidulées avec l'oxycrat miellé, le sirop de limons, le sirop de vinaigre, prises froides ou presque froides. Ces moyens suffiront quelquefois pour modérer une perte. Si la métrorrhagie est passive, les boissons doivent être toniques, légèrement nourrissantes; il est important d'entretenir la liberté du ventre par des lavemens ou par de doux laxatifs, la constipation pouvant nuire, soit par l'excitation générale ou locale qu'elle produit, soit par les efforts qu'elle nécessite. Les purgatifs actifs, les vomitifs seront évidemment nuisibles; l'ébranlement que leur effet occasione toujours dans l'économie me paraît peu propre à modérer une congestion sanguine. Il me paraît difficile de leur accorder quelque confiance dans la plupart des cas, à moins que ce ne soit comme révulsifs, tout à fait dans le début d'une perte légère. Si *Stoll* et *Fincke* conseillent les émétiques dans les pertes sympathiques, et que *Denman* regarde leur effet comme un des moyens les plus efficaces, une foule d'observations prouvent le contraire et éclairent sur le danger de leur administration. Les moyens dont je viens de parler suffisent, dans bien des cas, pour modérer une perte ou prévenir des suites fâcheuses; mais le plus souvent la prudence ne permet pas de s'en tenir à cette méthode d'expectation; il faut arrêter l'écoulement du sang qui menace les jours de la malade; il faut faire cesser le spasme de la périphérie du corps, qui entretient une congestion sur l'utérus ou agit sur les vaisseaux mêmes qui versent le sang. On a recours alors aux réfrigérans externes, aux révulsifs, aux astringens. Les aspersions d'eau froide, pure ou vinaigrée, ou éthérée, sur les cuisses, le bas-ventre, les parties de la génération; les applications sur ces mêmes parties de linges imbibés de ces divers liquides, etc., sont très-utiles. Quelques praticiens, dans des cas extrêmes, ont indiqué de verser des seaux d'eau glacée sur tout le corps, d'exposer la femme sur le carreau, ou de la rouler dans des linges mouillés; mais ces dernières pratiques, qui ne pourraient tout au plus convenir que lorsque l'utérus est vide, ne doivent être employées qu'avec réserve; on doit redouter l'impression subite du froid, et surtout ses effets consécutifs. M. *A.-C. Baudelocque* re-

commande la plus grande prudence dans l'emploi de ce moyen; quoique très-utile, il a souvent vu le résultat avantageux qu'on en attendait manquer entièrement. Madame *Lachapelle* donne à ce sujet les mêmes conseils que M. *Baudelocque;* après avoir indiqué la manière de l'employer et les cas où il devient utile, elle s'exprime ainsi : « Il est néanmoins certaines bornes que l'accoucheur ne doit jamais dépasser; ce moyen ne doit jamais être employé sans nécessité reconnue.... Le froid doit toujours être proportionné à la violence des accidens et aux forces de la femme. Une femme faible serait aisément précipitée dans une torpeur mortelle par un froid très-vif. En général, on doit s'arrêter dès que le frisson se déclare, et remplacer les linges mouillés par des linges secs et d'une température assez basse; c'est pour cela qu'il serait bon de n'employer que des linges humides, et d'éviter d'inonder le lit de la malade en faisant ruisseler l'eau autour d'elle; il faut être à même de pouvoir en un instant substituer la chaleur au froid, et surtout supprimer toute humidité. » M. *A.-C. Baudelocque* pense qu'on pourrait facilement, dans bien des cas, remplacer le froid par de fortes frictions sur l'hypogastre. Cependant si l'hémorrhagie est intense, qu'elle dure depuis un certain temps et que la plupart des moyens généraux soient restés sans effet, on peut avoir recours aux injections d'eau froide, d'oxycrat, et même de vinaigre, parce qu'alors ces moyens, qui, au début d'une hémorrhagie et dans le cas où l'utérus jouirait de toute son irritabilité, pourraient être dangereux, ne peuvent avoir aucun inconvénient quand la femme a perdu une certaine quantité de sang, et que la matrice, frappée d'atonie, a besoin, pour revenir sur elle-même, d'être excitée fortement. On ne doit pas même attendre, pour y recourir, qu'il se manifeste des accidens graves, ni craindre une métrite; car on s'exposerait, par une expectation mal entendue, à voir la femme devenir victime des craintes de celui en qui elle plaçait toute sa confiance. L'introduction dans la matrice d'un citron écorcé qu'on presse entre les doigts pour en faire jaillir le suc de toutes parts, ainsi que celle d'un morceau de glace de la grosseur d'un œuf, sont des moyens ana-

logues aux précédens, et qui comptent de nombreux succès. Il sera prudent de ne choisir, autant qu'il sera possible, que des liquides simples, aqueux, sans action chimique sur l'économie, de peur qu'on n'ait à leur reprocher un effet secondaire malfaisant à la suite de leur absorption. L'eau froide sera toujours préférable aux décoctions astringentes.

En même temps qu'on emploie ces derniers moyens, on peut chercher à les seconder par les révulsifs, tels que les manuluves simples ou sinapisés, les frictions sèches sur les membres thoraciques, sur la poitrine, le long du rachis; les rubéfians, les vésicatoires. Un autre révulsif, conseillé par *Hippocrate*, consiste dans l'application de larges ventouses sur les seins; mais ce moyen est réprouvé par plusieurs, et surtout par *Desormeaux*. Mieux vaudrait, selon *Galien*, les placer au-dessous des mamelles, parce que là elles agiront plus directement sur le trajet des vaisseaux qui reviennent des parties inférieures. Plusieurs praticiens craignent aussi que l'irritation qu'elles déterminent dans les mamelles ne se transmette à l'utérus et n'aggrave la maladie; lors même qu'elles n'auraient pas cet inconvénient, on devrait préférer un autre moyen, uniquement en raison de la forme et de la sensibilité des mamelles, qui rendent l'application des ventouses difficile et douloureuse. M. *Velpeau* recommande aussi l'application d'un sinapisme entre les épaules; il en a retiré de grands avantages, et le regarde comme un des moyens les plus efficaces. Les ligatures des extrémités inférieures sont au moins inutiles, si elles ne sont pas nuisibles; elles gênent le cours du sang dans les artères crurales et sciatiques, et le forcent à refluer dans les artères pelviennes, qui fournissent à la matrice. *Hamilton* en faisait un usage tout opposé, c'est-à-dire pour rappeler les règles supprimées.

Mauriceau, ayant remarqué que les femmes sanguines dont les règles avaient toujours été abondantes étaient plus sujettes que d'autres aux hémorrhagies utérines après la délivrance, donne le conseil de les saigner plusieurs fois pendant la grossesse, et même pendant

l'accouchement ; mais ce moyen trouve rarement son application pendant le travail, et ne remplirait aucune indication après la délivrance. On s'en rendra facilement raison en se rappelant qu'à cette époque l'hémorrhagie reconnaît dans bien peu de cas la pléthore utérine périodique pour cause, tandis qu'elle joue un grand rôle dans la production de la plupart des métrorrhagies des premiers mois de la grossesse.

Tampon. Il n'est pas de moyen dans la curation des pertes qui ait donné lieu à tant de discussions opposées, à tant de controverses thérapeutiques : *Leroux* de Dijon le vante comme applicable dans tous les cas; mesdames *Lachapelle* et *Boivin*, MM. *Dugès* et *Velpeau*, semblent lui attribuer les mêmes propriétés que *Leroux; Gardien* traite longuement sur ce moyen, et en restreint l'usage à un petit nombre de cas ; *Baudelocque*, professeur, paraît peu disposé en sa faveur : il le regarde comme dangereux dans une foule de cas; M. *A.-C. Baudelocque*, sans le proscrire ni le regarder comme le moyen par excellence, indique avec beaucoup de précision tous les cas où on doit le rejeter et ceux où il peut devenir utile. Quoi qu'il en soit, on doit regarder le tampon comme un moyen propre à irriter le corps et le col de la matrice, dont il excite les contractions; mais on ne peut croire, avec *Leroux*, qu'en retenant le sang à l'intérieur il le force à se cailler et à former une concrétion sur chaque extrémité artérielle et veineuse, de manière à s'opposer à une perte ultérieure; le tampon ne fait que disposer ces affections à leur guérison radicale, les contractions utérines étant l'obstacle le plus efficace à l'effusion du sang. Pour fabriquer le tampon, les uns se contentent de remplir le vagin avec de la charpie, du vieux linge, de l'éponge; d'autres roulent des compresses en cylindre, et les introduisent jusque dans le col de l'utérus. On préfère aujourd'hui, comme l'indique *Desormeaux*, former une espèce de chemise avec du linge fin enduit de cérat que l'on porte jusque dans le col ou dans l'intérieur de la matrice, et que l'on remplit ensuite de boulettes de charpie ou de filasse imprégnées des substances que l'on aura jugées convenables ; on fixera le tout avec le bandage en T. On

laisse le tampon non-seulement jusqu'à ce que la perte soit arrêtée, mais jusqu'à ce que sa réapparition ne soit plus à craindre, c'est-à-dire douze ou vingt-quatre heures. Pour bien concevoir la manière d'agir du tampon et en déduire les indications de son application, il faut l'étudier, comme M. *A.-C. Baudelocque*, sans aucune prévention de théorie, en s'appuyant sur des faits. Après avoir cité un grand nombre d'exemples, il en conclut que le tampon agit toujours de deux manières : 1°. en opposant un obstacle à l'écoulement du sang ; 2°. en irritant par son contact ; en conséquence, ce moyen si utile dans nombre de cas, au début de la grossesse, sera d'une utilité bien moindre au moment du travail. On pourra l'appliquer dans les cas de perte par l'implantation du placenta sur le col ; là il agira directement en bouchant l'orifice des vaisseaux déchirés, ou en forçant le sang déjà sorti à s'accumuler entre lui et le placenta et à former un caillot salutaire ; cependant il est à remarquer que dans cette hémorrhagie seulement les contractions utérines, qui ont pour effet de faire cesser la perte par toute autre cause, l'augmentent au contraire dans celle-ci ; mais l'accoucheur n'ayant aucun moyen plus avantageux, jusqu'à ce que le col soit assez dilaté pour permettre l'introduction de la main, il devient urgent d'y recourir, ainsi que *Gardien* le conseille, comme unique ressource : *Melius est experiri remedium anceps aut dubium quàm nullum.* Dans les cas où la rigidité du col s'oppose à l'introduction de la main, la méthode du tampon peut être employée ; mais l'accoucheur doit en surveiller les suites, en restant auprès de la femme pour s'assurer si le sang ne s'accumule pas à l'intérieur.

Lorsque après la sortie de l'enfant la perte résiste à tous les moyens indiqués, et que le placenta conserve des adhérences, on peut introduire le tampon, dans l'intention de solliciter les contractions utérines, en ayant toutefois la précaution indiquée par *Baudelocque*, de comprimer fortement la matrice à travers les parois abdominales. Le tampon est indiqué après la délivrance, dans les cas d'hémorrhagies abondantes et opiniâtres, produites par la déchirure du col utérin ou par celle des vaisseaux variqueux de cette partie et du vagin. Aucun

autre moyen ne peut le remplacer en semblable occurrence, si l'on a la précaution de ménager une issue aux lochies; dans toute autre perte après la délivrance, on devra sinon le rejeter, du moins ne le considérer que comme un moyen de porter sur la surface interne de l'utérus un puissant irritant dont l'action puisse se prolonger; de là la nécessité d'imprégner le tampon de vinaigre ou d'un autre styptique, et non pas d'une substance grasse propre à favoriser son introduction. Ce sont là les préceptes judicieux de MM. *Chevreul* et *Baudelocque*, de faire le tampon assez petit, de lambeaux de linge isolés, pour qu'il ne s'oppose pas à la sortie du sang, et de l'imprégner d'un liquide assez irritant pour forcer la contraction de l'utérus. — Le seigle ergoté peut déterminer à un degré bien plus marqué les contractions ordinaires de la matrice, par l'activité et la permanence de son action; lorsqu'il a commencé à agir, les parois de la matrice restent dures et contractées, et résistent avec efficacité à la distension; son action s'exerce pendant une heure à peu près, ce qui fait que l'on est obligé quelquefois d'administrer une seconde dose. Ce remède agira puissamment après l'accouchement, lorsque l'on voudra éviter l'inertie chez une femme qui y est disposée, lorsque le travail sera languissant dans une hémorrhagie par implantation du placenta sur l'orifice de la matrice; mais le plus souvent l'emploi de ce moyen demande trop de temps pour qu'on puisse le mettre en usage de prime abord; il faut après l'accouchement des secours très-prompts: ce ne pourrait être qu'après avoir modéré l'écoulement du sang que son administration serait indiquée, et qu'on pourrait en attendre l'effet. Sa dose ordinaire est de vingt-quatre grains dans deux ou trois onces d'eau; on peut aussi l'administrer en poudre et élever sa dose de quelques grains, si l'on voulait avoir une médication plus énergique.

Lorsque tous les moyens cités plus haut restent sans effet, que la perte devient interne, qu'elle est intense, et surtout que l'enfant est dans une mauvaise position, il ne reste plus qu'à terminer l'accouchement. Alors deux cas peuvent se présenter : ou bien l'utérus est

dans l'inertie pendant que son col reste dur, résistant et complètement fermé ; ou bien il y a des douleurs légères, l'orifice est déjà dilaté, et susceptible d'une dilatation plus grande et plus facile. Dans le premier cas, qui est très-rare, on se gardera de vouloir opérer l'accouchement avec violence ; il faudra, par tous les moyens possibles, provoquer les douleurs du travail ; on portera, à plusieurs reprises, un ou deux doigts jusqu'au col de l'utérus ; on cherchera à les introduire dans son orifice, en pressant, en titillant l'ouverture ; puis aussitôt que la poche des eaux sera formée, on la rompra, afin de favoriser le resserrement du tissu de l'organe, ou, mieux encore, on introduira de l'extrait de belladone incorporé dans du cérat jusque sur le col utérin ; ce moyen a souvent suffi pour en combattre de suite la rigidité. Si le second cas se présente, on ne trouvera aucune difficulté pour aller saisir les pieds de l'enfant et terminer l'accouchement, suivant les sages préceptes de *Puzos*. L'hémorrhagie par implantation du placenta sur l'orifice utérin peut aussi nécessiter un accouchement prompt : des auteurs veulent qu'on y ait recours sans essayer aucun autre moyen ; alors, suivant le précepte de M. *P. Portal* et de M. *Dubois*, sans aucun égard pour la circonférence du placenta, on pénètre dans la matrice ; la main se porte en avant d'abord, puis à droite de la femme si c'est la gauche, et à gauche si c'est la main droite ; en un instant on arrive aux membranes, que l'on perfore ; on saisit promptement les pieds pour les amener à la vulve et terminer l'accouchement avec précaution. *Mauriceau*, *Delamotte* et *Deventer* se sont élevés avec force contre cet accouchement, qu'ils appelaient *accouchement forcé*, parce qu'ils le terminaient avec violence ; et *Puzos* lui-même, avant d'avoir reconnu par où il pèchait en ayant recours à cette pratique, la regardait « comme dangereuse et souvent mortelle, quoi-« qu'elle soit faite avec toute la dextérité et la promptitude pos-« sibles. » (*Puzos*, chap. 16, art. 1, pag. 168.) *Leroux* pense que ce danger, comme le reconnut plus tard *Puzos*, tient à ce qu'ils ont négligé les précautions indiquées par la nature elle-même ; en effet, en recommandant de terminer l'accouchement avec le plus de rapi-

dité possible, ils ont occasioné la cause de l'effet qu'ils voulaient éviter ; ils ont déterminé l'inertie par la prompte déplétion de la matrice. On se mettra facilement à l'abri des dangers de cette pratique en suivant la méthode de *Puzos :* elle consiste à imiter la lenteur de la nature dans l'accouchement, en mettant la matrice à même d'expulser l'enfant par ses propres contractions ; on ne se hâtera point de tirer sur l'enfant après l'avoir retourné ; on ne saisira les pieds que pour amener les fesses jusque sur l'orifice utérin et abandonner ensuite le reste au travail naturel, ou ne le seconder que faiblement. On ne permettra aux eaux, si elles sont encore contenues dans la matrice, de sortir que par degrés ; on laissera agir les contractions utérines, après les avoir excitées par des frictions sur le ventre, et dès-lors on remarquera le globe utérin se resserrer en proportion de l'écoulement des eaux ou de la quantité de l'enfant sorti, et l'hémorrhagie s'arrêtera sur-le-champ. C'est à ces précautions que *Leroux* attribue les succès constans qu'il a obtenus dans cette pratique.

On a proposé de nouveau la compression de l'aorte contre les pertes utérines, mais l'efficacité de ce remède doit souvent se trouver en défaut ; en empêchant tout abord de sang vers la matrice, la compression de l'aorte pourra arrêter l'hémorrhagie, mais elle ne pourra faire cesser l'inertie de l'utérus ; au contraire, elle la rendra plus rebelle à l'action des stimulans, car on ne parvient à réveiller la contraction de la matrice qu'en agissant sur sa sensibilité, et l'on sait que la sensibilité de cet organe diminue aussitôt que le sang cesse d'y arriver.

Après l'accouchement, l'inertie est presque toujours, sinon dans tous les cas, la cause des pertes de sang ; ce fluide coule avec une telle rapidité, que si on ne parvient pas à l'arrêter promptement, la femme va succomber ; il faut des moyens très-prompts, dont l'action se fasse sentir instantanément ; il faut se hâter d'agir, et ne pas perdre un temps précieux à tenter des moyens lents ou douteux. Toutes les fois qu'on s'apercevra d'une perte utérine après l'accouchement, on portera la main sur l'hypogastre, vers le fond de la matrice, et on

le frictionnera fortement; on renouvellera en même temps l'air de la chambre, en faisant ouvrir portes et croisées; on frottera les tempes avec de l'eau froide, de l'eau-de-vie, etc.; on en répandra sur le ventre, sur les cuisses. Si ces moyens ne suffisent pas, on introduira la main dans la matrice, on irritera, on titillera sa surface interne avec les doigts. Presque toujours alors on voit cet organe se durcir, se resserrer : ce moyen est des plus efficaces. Quel que soit le remède que l'on ait opposé à l'écoulement du sang après la délivrance, il ne faut jamais quitter la femme qu'au bout de deux ou trois heures, et lorsqu'on s'est assuré à plusieurs reprises que les parois de l'utérus fortement contractées sont tout à fait revenues sur elles-mêmes, et qu'il n'y a plus de danger.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Si fluxui muliebri convulsio et animi deliquium superveniat, malum. *Sect.* 5, *aph.* 56.

II.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 6.

III.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

IV.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Ibid.*, *aph.* 8.

V.

In morbis acutis extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.